

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE ^{no} 319
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André PINAULT

Né à Chécy (Loiret), le 28 juillet 1885

APPENDICITE CHRONIQUE
ET
PSEUDO-TUBERCULOSE

Président : M. PAUL SEGOND, professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VI^e)

1912

319

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André PINAULT

Né à Chécy (Loiret), le 28 juillet 1885

APPENDICITE CHRONIQUE

ET

PSEUDO-TUBERCULOSE

Président : M. PAUL SEGOND, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
	TESSIER
Pathologie chirurgicale.	X.
Anatomie pathologique.	PIERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	MARFAN
Hygiène.	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	N.
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVLRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES FRÈRES

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SECOND

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière

Officier de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

*Hommage respectueux pour
le très grand honneur qu'il
m'a fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat 1908-1912 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Chirurgien des Hôpitaux
(1908-1909)

MONSIEUR LE DOCTEUR HIRTZ

Médecin des Hôpitaux
(1909-1910)

MONSIEUR LE DOCTEUR DALCHÉ

Médecin des Hôpitaux
(1910-1911)

MONSIEUR LE DOCTEUR DENY

Médecin de l'hospice de la Salpêtrière
(1911-1912)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

MM. LES D^{rs} WALTHER
CAMPENON
BARIÉ
RÉNON

MM. LES D^{rs} POULARD
COUVELAIRE
MAILLARD
MICHEL
DE MARTEL
CAPETTE
HALBRON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

APPENDICITE CHRONIQUE

ET

PSEUDO-TUBERCULOSE

INTRODUCTION

A côté des formes normales d'appendicite chronique qui ont fait l'objet de nombreux travaux, au cours de ces dernières années, des études récentes ont montré que parfois cette affection pouvait se présenter en clinique sous un tableau bien différent suivant la prédominance de certains symptômes ; tantôt dominant les troubles dyseptiques, tantôt on peut penser plutôt à l'entérocolite muco-membraneuse, tantôt enfin ce sont des douleurs à siège anormal qui vont attirer l'attention et éloigner du diagnostic, elles se localiseront soit dans la région lombaire droite, soit au niveau de l'articulation coxo-fémorale avec irradiations dans les jambes. Mais parmi toutes ces formes, il faut faire une place spéciale à celles d'entre elles au cours desquelles les symptômes abdominaux sont peu précis ou même passent complètement inaperçus, alors qu'on observe des symptômes pulmonaires fonctionnels et généraux particulière-

ment nets et qui semblent au premier examen imposer le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Ces faits sont maintenant connus et nous avons pu en relever un certain nombre d'observations déjà publiées dans la littérature médicale. Nous y joindrons trois cas que nous devons à l'obligeance de notre maître M. Dalché.

Les différents auteurs qui se sont occupés de la question ont bien montré que le traitement médical, dirigé contre les symptômes pulmonaires, qu'on appliquait en pareil cas, était d'ordinaire insuffisant pour amener la guérison, qu'il était même susceptible dans certains cas d'aggraver les accidents gastro-intestinaux ; ils concluaient à la nécessité d'une intervention chirurgicale aussi précoce que possible, estimant que seul ce traitement était susceptible de triompher de la pseudo-tuberculose, en faisant disparaître l'appendice, point de départ de tous ces troubles, et qu'à la suite de l'intervention, l'état général se trouvait complètement amélioré, les signes pulmonaires disparaissant d'ordinaire rapidement.

Notre intention, en écrivant cette thèse, est d'essayer de réunir dans un travail d'ensemble les différents faits ayant rapport à cette question et les travaux ayant paru à son sujet.

Mais nous croyons que dans certains cas quelques malades ne retirent malheureusement pas les mêmes avantages du traitement chirurgical. Chez trois de nos malades, les accidents pulmonaires ont persisté à la suite de l'intervention et soit immédiatement,

soit après plusieurs semaines ou même quelques mois, la toux, l'amaigrissement et la fièvre, en particulier, ont reparu.

Nous ne voulons, en raison de ces observations, soutenir que l'intervention chirurgicale est inutile et qu'elle pourrait être évitée, pensant qu'au contraire elle doit être pratiquée aussi rapidement que possible et qu'elle peut ainsi éviter des accidents graves, mais nous croyons que dans certains cas tout au moins, ces faits relèvent d'une pathogénie particulière de l'appendicite chronique.

Les travaux de M. Delacour, il y a quelques années, ont montré que : appendicite chronique et végétations adénoïdes coexistaient fréquemment chez un même malade ou dans une même famille, que l'examen systématique du pharynx des appendiciques montrait d'ordinaire des lésions d'atrophie ou d'hypertrophie, que ces différents accidents n'étaient que la manifestation d'une auto-intoxication et pouvaient être réunis sous le nom de *syndrome adénoïdien*. Recherchant l'origine de ces accidents, il pensait qu'il s'agissait d'un trouble de la fonction thyroïdienne et qu'ils étaient dus à une insuffisance de cette glande.

Nous appuyant sur ces travaux, nous pensons qu'il est possible d'appliquer cette pathogénie à certains cas d'appendicite chronique simulant la tuberculose pulmonaire. On a noté, en effet, la fréquence chez ces malades des végétations adénoïdes, dans nos observations il est possible d'en relever plusieurs

exemples. Il se peut dans ces conditions que certains cas d'appendicite chronique relèvent de cette pathogénie, et nous voudrions essayer de montrer que lorsque cette théorie est applicable, l'opothérapie thyroïdienne peut donner des résultats, aider à relever l'état général, les interventions particulières, soit sur l'appendice, soit sur les adénoïdes, restant la base du traitement et devant toujours être pratiquées dès que le diagnostic est posé.

Nous avons l'intention d'étudier tout d'abord les symptômes communs à l'appendicite chronique et à la tuberculose, terminant en montrant comment il est possible, par l'étude même de ces symptômes et par leur interprétation, d'éviter de confondre ces deux affections si dissemblables au premier abord.

Nous rechercherons ensuite quelle est la pathogénie des différents symptômes qui dominent l'étude clinique de cette forme, et nous rechercherons les rapports qui existent entre l'appendicite et le syndrome adénoïdien.

Enfin, nous montrerons que le traitement chirurgical s'impose aussi vite que possible, mais que si certains symptômes persistent, il est nécessaire de leur opposer une médication qui, dans certains cas, a donné des résultats.

Mais avant d'aborder cette étude nous tenons à remplir un devoir de reconnaissance en adressant nos remerciements à nos maîtres dans les hôpitaux.

M. le Dr Dalché, après nous avoir accepté dans son service en qualité d'externe, nous a donné le sujet de

cette thèse et nous a guidé de ses conseils éclairés pour mener à bien ce travail, c'est avec une profonde gratitude que nous l'en remercions.

Notre maître, M. le professeur Segond, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous tenons à lui exprimer ici notre profonde reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous a fait.

HISTORIQUE

Pendant longtemps, on ne connut de l'appendicite que les formes aiguës, qui, par leur allure solennelle, par la présence de symptômes faciles à constater, par la terminaison mortelle qui s'en suivait généralement, frappèrent tout d'abord.

En 1859, Leudet (1) signale l'appendicite chronique et marque la lenteur habituelle de son évolution, l'absence de signes généraux graves, dont le diagnostic est souvent méconnu et qui peut, sans intervention, guérir d'elle-même, mais ne peut retirer que des avantages d'une intervention rapide.

Longtemps encore cette forme reste mal décrite.

Talamon isole l'appendicite chronique à rechutes. On décrit également ces formes, qui, sans jamais avoir présenté d'accidents aigus, passent d'emblée à la chronicité, ne s'accompagnant le plus souvent que de signes gastro-intestinaux peu nets et difficiles à rattacher à leur cause véritable. Et pourtant l'inter-

1. Leudet, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'ulcération et la perforation de l'appendice iléo-cæcal* (In *Archives génér. de médecine*, t. II, p. 1859).

vention permet de constater histologiquement sur ces appendices des lésions anciennes.

Brun (1), en 1897, publie les premières observations d'appendicite chronique.

Walther, en 1898, au Congrès de Chirurgie, en rapporte de nouvelles observations et Ewald, en Allemagne, également au Congrès de Chirurgie, en 1899, s'occupe à nouveau de la question.

En 1900, Montais, dans une thèse inspirée par Walther, insiste particulièrement sur les troubles dyspeptiques qui accompagnent l'appendicite chronique et sur les formes caractérisées par une prédominance de ces troubles.

En 1901, un autre élève de Walther, Rastouil, fait un travail d'ensemble sur l'appendicite chronique.

Delacour (2), en 1904, montre les rapports étroits qui unissent appendicite chronique et végétations adénoïdes, montre la coexistence fréquente de ces affections chez les mêmes individus ou dans les mêmes familles, constate la présence chez ces malades d'une thyroïde atrophiée; et émet l'hypothèse que les troubles relevés par lui sont sous la dépendance d'une insuffisance thyroïdienne, l'opothérapie alliée à l'intervention chirurgicale pouvant dans ces cas amener la guérison de ces manifestations.

Mais c'est dans une communication de Comby (3), en 1905, que nous voyons publiée pour la première

1. Brun, *Presse médicale*, 30 mars 1898.

2. Delacour, *le Syndrome adénoïdien*, p. 173.

3. Comby, *Bull. soc. des hôp.*, 1905, 26 mai p. 439.

fois une observation se rapportant à notre sujet. Voulant mettre en garde contre la variabilité des symptômes et la présence de nombreuses formes cliniques au cours de l'appendicite, Comby présente la première observation d'appendicite chronique, simulant la tuberculose pulmonaire.

La question est reprise, en 1906, par Sainte-Marie-Dodeuil, qui, dans une thèse inspirée par Walther, publie le premier travail d'ensemble sur la question, réunit plusieurs observations s'y rattachant et montre tout l'intérêt d'un diagnostic précoce qui permet une intervention chirurgicale et amène la guérison du malade.

Depuis, de nombreuses communications ont été faites à la Société médicale des hôpitaux.

Faisans (1) rapporte de nouveaux cas de pseudo-tuberculose qui ont tiré les meilleurs résultats du traitement chirurgical, il fait en même temps une étude complète des symptômes et montre les moyens de diagnostic qui peuvent nous permettre d'éviter de confondre appendicite chronique et tuberculose.

A la suite de cette communication, Walther (2), puis Claisse (3) présentent quelques malades ayant tiré le meilleur bénéfice de l'opération, ces communications sont l'objet de discussions auxquelles prennent part de Massary, Siredey, Sergent.

1. Faisans, *Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, 2 février 1912, p. 62, et *Bull. médical*, 1^{er} février 1911, n° 9, p. 73.

2. Walther, *Soc. méd. des hôp.*, 31 mars 1911.

3. Claisse, *Soc. méd. des hôp.*, 3 février 1911, p. 848.

De nouveaux cas viennent se joindre aux précédents dans la thèse de Liégault (1), inspirée par Brunon et surtout destinée à montrer les caractères qui permettent de poser le diagnostic d'appendicite chronique.

Sergent (2), dans un article du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, après avoir étudié les rapports de l'appendicite chronique avec la tuberculose au point de vue du diagnostic différentiel, montre qu'il existe des « rapports de cause à effet entre l'appendicite chronique et la tuberculose » un régime trop sévère ou mal toléré pouvant, chez des prédisposés, conduire des malades qui ne sont que des appendiculaires à la tuberculose pulmonaire.

1. Liégault, *Du diagnostic de l'appendicite chronique simulant la tuberculose pulmonaire* (thèse de Paris) 1911.

2. Sergent, *Journ. de Méd. et de Chirurgie pratiques*, 10 mai 1912. p. 325.

SYMPTOMES

Trois symptômes surtout fréquents peuvent rendre difficile le diagnostic entre la tuberculose pulmonaire et l'appendicite chronique : *la fièvre, la toux et l'amaigrissement.*

D'ordinaire l'un d'eux prédomine pendant toute une période ou même pendant toute l'évolution de la maladie, en général les trois se rencontrent plus ou moins accentués.

A côté, nous verrons par la suite qu'il existe un certain nombre de symptômes moins apparents qui peuvent ou détourner du diagnostic véritable ou aider à poser le diagnostic d'appendicite s'ils sont bien interprétés.

L'*amaigrissement* est à peu près constant. Noté aussi bien dans l'appendicite chronique que dans la tuberculose, il n'est pas par lui-même d'une grande utilité pour le diagnostic, on conçoit, par contre, que par son association à des signes fonctionnels thoraciques, il puisse rendre le diagnostic difficile.

Variable dans son évolution, il apparaît tantôt régulièrement, étant le premier symptôme qui frappe

l'entourage, parfois le seul pendant longtemps, comme dans l'observation de M. Comby : un malade vient le consulter parce que, depuis quatre ans, il maigrit, son poids, pendant cette période, a diminué de 15 kilogrammes ; et pourtant, chez lui, on ne trouve aucun signe pulmonaire, l'examen des crachats est négatif et les troubles digestifs se bornent à un certain dégoût pour les aliments ; tantôt c'est à intervalles plus ou moins éloignés entre lesquels le malade semble complètement rétabli, qu'on constate une perte de poids sensible ; sans raison, on le voit éprouver une grande sensation de fatigue, l'appétit disparaît, il maigrit sans qu'aucun signe puisse permettre de déceler la cause de ces accidents.

Si en présence d'un tel amaigrissement on est porté à songer à la tuberculose, l'erreur est d'autant plus facile que souvent les malades qui nous intéressent sont des jeunes gens qui s'anémient (obs. V, Walther) que leur teint est pâle, terreux, qu'ils ont les yeux cernés, comme dans l'intoxication tuberculeuse, qu'ils joignent souvent à ces divers symptômes une asthénie qui les rend incapables du moindre effort « qu'ils sont sans force, inaptes à tout travail régulier, fatigués dès le réveil ; c'est là le tableau classique de la tuberculose et il est difficile de ne pas se laisser égarer au premier abord ».

Si l'amaigrissement dans bien des cas constitue le principal signe, il arrive au contraire que chez un certain nombre de malades, l'état général n'est pas altéré, ils ont conservé ou presque leur appétit ordi-

naire, ils ne maigrissent pas, leur facies est normal, coloré, ne ressemblant en rien au tableau général que nous venons de tracer, c'est le cas pour nos malades des observations VII, IX et XI.

Le plus souvent, alors, c'est pour l'un ou l'autre des deux signes suivants qu'ils viennent consulter : soit parce qu'ils toussent et c'est le cas le plus fréquent, soit parce qu'ils ont de la fièvre.

Fièvre et toux sont, en effet, les deux signes qui vont faire pencher le diagnostic vers la tuberculose pulmonaire.

La fièvre est très fréquente. Sans raison, on voit le thermomètre monter le soir aux environs de 38 degrés, le plus souvent il reste au-dessous, rarement il le dépasse, présentant un écart de quelques dixièmes de degrés entre la température du soir et celle du matin. Le pouls suit d'ordinaire les modifications de la température présentant une augmentation du nombre des pulsations le soir.

Alors qu'au repos ou le matin au réveil, la température se maintient aux environs de la normale, on voit un effort, une marche de quelque durée, un surmenage quelconque déterminer une ascension thermique. Toute fatigue s'inscrit sur la courbe thermique. Or, c'est là un symptôme que Daremberg avait décrit comme un bon signe de tuberculose pulmonaire au début. Il est possible, comme le dit M. Faisans, que cette ascension thermique « se fasse sentir sur toutes les fièvres de quelque durée et que l'épreuve de Daremberg ne soit pas positive dans les

seuls cas de tuberculose latente. » Deux observations de Brunon et une de Claisse montrent cette épreuve nettement positive dans des cas qui relevaient de l'appendicite chronique.

Dans les deux premières, la fièvre disparaît sous l'influence du repos et réapparaît dès que le malade ne garde plus le lit.

L'observation de Claisse est encore plus typique puisque le malade, « au courant des questions médicales, » surveille lui-même sa courbe thermique prenant sa température avant et après chaque promenade et constatant chaque fois une élévation très nette de quelques dixièmes de degrés.

Cette fièvre présente encore d'autres points communs avec l'élévation thermique qui caractérise le début de la tuberculose pulmonaire. Brunon, en effet, la caractérise en disant qu'elle est « permanente, chronique, vespérale ».

Ces caractères sont surtout frappants lorsqu'à elle seule elle constitue toute la symptomatologie de l'affection.

Elle persiste sans modifications pendant des mois : « J'ai vu des malades dit Faisans, qui ont été suivis patiemment pendant un an, quinze et dix-huit mois, et chez lesquels on constatait avec une régularité désespérante un écart d'un degré entre la température du matin et celle du soir. »

Cette fièvre ne cède d'ordinaire à aucune médication, le repos donne les meilleurs résultats, résultats

temporaires d'ailleurs, l'élévation thermique se manifestant de nouveau à la moindre fatigue.

» Pourtant, cette persistance de la fièvre peut aider dans une certaine mesure à poser le diagnostic d'appendicite. Si la fièvre est constante dans la tuberculose et si elle reste en général aux environs de 38 degrés, il est de règle dans cette affection de voir bientôt apparaître des signes pulmonaires qui l'expliquent et lèvent tous les doutes.

Un autre caractère pourrait permettre de distinguer la fièvre de la tuberculose de celle de l'appendicite. Pour Faisans, les appendiculaires auraient la connaissance de leur état fébrile, celui-ci étant lié à certaines sensations pénibles qu'ils éprouveraient : chair de poule, fatigue, tremblement, tandis que les tuberculeux se déclarent très dispos au moment même où le thermomètre accuse les plus hautes températures.

Les sueurs nocturnes sont généralement peu intenses, le plus souvent, elles sont dues, d'après Faisans, à l'excès de précautions que prennent ces malades soupçonnés de tuberculose, mais lorsque tout plaide en faveur de cette affection, elles viennent ajouter à l'ensemble et affermir encore un diagnostic en faveur duquel tout concorde.

On conçoit déjà que lorsque tous les signes précédents sont réunis on soit fort tenté de porter le diagnostic de tuberculose ; il est encore plus vraisemblable, lorsque à cet état général mauvais, à

l'amaigrissement considérable et à la température, s'ajoute la toux.

Cette toux peut d'ailleurs être le premier symptôme en date et c'est à son sujet parfois que le malade vient consulter.

Le plus souvent, c'est une petite toux sèche, quintueuse, se produisant le matin au réveil et surtout la nuit, rappelant, par ses caractères, la toux des tuberculeux au début. Rarement cette toux s'accompagne d'expectoration caractéristique. Parfois, elle revêt le caractère de toux coqueluchoïde s'accompagnant de rougeur de la face et de rejet de mucosites (obs. VII). Elle est surtout fréquente chez les enfants, et il s'agit le plus souvent alors de malades présentant en même temps des végétations adénoïdes, comme nous l'observons dans les observations VI, VII et VIII.

Les troubles dyspeptiques sont également fréquents, mais ne s'accompagnant pas de douleurs, ne présentant pas de signes bien nets et masqués par les signes précédents, ils n'attirent pas l'attention sur le tube digestif. Cependant chez beaucoup de malades, on trouve des vomissements, des nausées, symptômes surtout fréquents chez les enfants, la langue est blanche, saburrale, (alors que la langue des tuberculeux en général est rouge), l'appétit est souvent complètement supprimé parfois on constate du dégoût pour les aliments, les digestions sont lentes, la constipation habituelle et ces différents troubles sont suffisants pour expliquer l'amaigrissement que

nous avons signalé et qui est constant au cours de l'appendicite chronique.

Après avoir ainsi accumulé tous les symptômes fonctionnels, on conçoit avec Brunon que « lorsqu'un malade tousse depuis plusieurs mois, quand on constate chez lui une fièvre vespérale quotidienne, avec anorexie, amaigrissement et faiblesse générale, alors même que les signes physiques seraient obscurs, on soit porté à penser qu'il s'agit probablement de tuberculose pulmonaire et qu'on s'attende à l'aggravation. Ces troubles peuvent pourtant être dûs à l'appendicite ».

SIGNES PHYSIQUES

Lorsque les symptômes précédents sont réunis et que le diagnostic de tuberculose n'attend plus pour être posé que la perception des signes stéthoscopiques, on est frappé du peu de netteté de ces signes. Le plus souvent cette recherche ne donne aucun résultat ou bien après une minutieuse exploration on localise, parfois en une région atypique, un signe peu net, fugitif, mobile qui permet de poser le diagnostic de tuberculose; on s'attend d'autant mieux à trouver des symptômes nets qu'il s'agit souvent d'individus tarés dont l'ascendance est chargée. La tuberculose est fréquente dans les antécédents. Ce sont les parents, les frères ou les sœurs qui sont morts ou sont encore atteints de tuberculose. Dans notre observation

XVIII, la mère est morte de tuberculose pulmonaire ; dans une observation de Walther, un frère du malade « est soigné dans le service pour un petit lupus du talon droit avec minime tésion osseuse (obs. VI).

Quelques signes physiques pulmonaires pourtant ont été signalés au cours de cette forme d'appendicite chronique.

Assez souvent on constate une légère congestion de la base droite ; comme les poussées de pleurésie sèche, séreuse ou suppurée, comme les broncho-pneumonies ou les spléno-pneumonies qu'on rencontre en pareil cas elle est une manifestation à distance de l'infection appendiculaire.

Suivant Faisans, elle se produit en général au moment d'une crise aiguë, mais peut survivre à cette crise et rester pendant longtemps latente, présentant de temps en temps des réveils passagers ; ces poussées accompagnant l'amaigrissement, la fièvre, les troubles dyspeptiques contribuent grandement à en aggraver le pronostic.

A l'auscultation, elle se manifeste par une légère submatité, le murmure vésiculaire est diminué et d'une façon variable on peut percevoir, s'ajoutant à ces signes des frottements pleuraux, des râles sibilants de bronchite ; ces signes varient d'ailleurs d'un jour à l'autre, ils disparaissent parfois avec la crise souvent fruste qui leur a donné naissance, ne laissant derrière eux comme reliquat, qu'une diminution de la respiration, qui servira souvent, dit Faisans, à faire

considérer ces malades « comme des tuberculeux à localisation atypique ».

La pathogénie de cette congestion semble assez bien établie.

« On admet, dit Sergent, qu'elle est d'origine réflexe et qu'il se fait sous l'influence de l'excitation intestinale, une vaso-dilatation des capillaires du poumon, aboutissant à la stase veineuse. Or, vous savez, combien au début de la tuberculose pulmonaire, il est fréquent de constater des signes de congestion pulmonaire de la base. M. Fernet a beaucoup insisté sur la valeur diagnostique de cette localisation et a montré qu'elle devait trouver son explication dans des troubles vaso-moteurs provenant de l'irritation du pneumogastrique par des ganglions médiastinaux contemporains de la tuberculisation du sommet. »

A cette congestion pulmonaire de la base correspondent des signes fonctionnels qui égarent encore le diagnostic.

L'essoufflement est fréquent, les malades sont facilement oppressés, parfois ce sont de véritables crises d'étouffement comme dans l'observation VI de Walther ; dans l'observation X de Brunon et Hue on constate une douleur abdominale sus-ombilicale augmentée par la marche et s'accompagnant alors d'essoufflement, ces crises surviennent d'ordinaire au moment des quintes de toux.

Il faut encore ajouter comme relevant de la même origine et dû à la congestion, un point de côté plus ou moins pénible, de siège variable, « qui rappelle

dit Sergent, les douleurs thoraciques d'origine pleurale ou intercostale qu'on observe si souvent chez les tuberculeux ».

A côté de la congestion pulmonaire siégeant à la base droite, on signale une lésion du sommet droit qui semble plus fréquente que celle de la base ; elle se caractérise par une faiblesse du murmure vésiculaire. La pathogénie en est discutée.

Pour Faisans, il n'y aurait là qu'une coïncidence.

Cette diminution de la respiration peut en effet résulter de causes très variées, il est fréquent de l'observer chez les individus présentant des malformations nasales, et des asymétries thoraciques.

On voit combien peu nets sont les symptômes d'auscultation, (nous avons vu que souvent même on n'en trouve aucun) sur lesquels se fonde le diagnostic de tuberculose ; mais comme d'un autre côté les symptômes appendiculaires sont encore moins nets, que bien souvent aucun indice ne peut faire soupçonner une origine digestive aux troubles dont souffre le malade on comprend que ces signes peu nets unis à des signes fonctionnels beaucoup plus imposants déterminent à poser le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Nous avons étudié jusqu'ici les signes qui frappent au premier examen et qui le plus généralement dominant la symptomatologie de l'affection. Il est possible cependant, lorsqu'on songe à la possibilité de l'appendicite, lorsqu'on connaît l'existence de ces formes frustes s'accompagnant de fièvre et de

toux de constater des phénomènes parfois nets qui guident vers le diagnostic d'appendicite chronique.

Et tout d'abord il faut recueillir avec soin l'histoire du malade ; par un interrogatoire serré on retrouve souvent dans les antécédents des crises de vomissements survenues sans raison et qu'on rapporte à une indigestion, ou bien ce sont des crises douloureuses abdominales mal localisées diagnostiquées crises d'entéro-colite ; or on sait les rapports qui existent entre l'appendicite chronique et l'entéro-colite muco-membraneuse. Il en est ainsi dans notre observation II (Comby). « Par un interrogatoire serré on arrive à retrouver dans ses antécédents deux crises très douloureuses, sans vomissements ».

La douleur surtout doit faire l'objet de recherches particulières, car lorsqu'elle existe, elle permet souvent d'affirmer le diagnostic d'appendicite. Elle est de caractère variable.

Tantôt spontanée, elle est alors d'ordinaire peu intense, c'est une sensation vague quelquefois mal localisée, siégeant en général à droite de l'ombilic.

Elle débute brusquement, elle est plus ou moins violente et disparaît soit aussi brusquement qu'elle est apparue, soit en laissant pendant un temps variable une sensation d'endolorissement dans la région appendiculaire, elle apparaît parfois à la suite d'une fatigue, d'une promenade en voiture, à l'occasion des refroidissements, parfois au moment des règles. Elle se produirait de préférence la nuit vers trois heures du matin. Elle se traduit sous la forme d'élancements,

de sensations de tension, de gêne ; parfois c'est une sensation presque constante, sourde qui s'exagère au moindre effort. Tantôt parfaitement localisée dans la fosse iliaque droite, elle est au contraire souvent diffuse dans l'abdomen ; mais même dans ce dernier cas, les malades déclarent que la sensation douloureuse part du côté droit ou qu'elle disparaît en dernier lieu dans cette région.

Il n'est pas rare d'observer des irradiations vers le foie, le rein, parfois aussi vers la cuisse ou le testicule, souvent elle s'associe à une sensation de barre dans la région épigastrique. Cette forme s'observe surtout chez l'enfant.

Chez l'adulte, la douleur revêt plus rarement ce caractère de spontanéité, il faut la rechercher pour la déceler.

Le plus souvent, la pression profonde montre un point douloureux dans une région déterminée, point de Mac Burney. Elle peut être réveillée en refoulant les gaz de l'intestin terminal vers le cæcum, qui, en se détendant ainsi que l'appendice, provoque un réveil de la douleur, c'est le procédé de Rowsing.

A côté de ce symptôme les troubles dyspeptiques constituent le second signe essentiel de l'appendicite chronique. Nous avons vu qu'il étaient fréquents et en raison de l'amaigrissement qu'ils déterminent qu'ils pouvaient être mis sur le compte de la tuberculose. Il revêtent pourtant d'ordinaire des

caractères assez précis pour être rattachés à leur véritable cause.

Dans plusieurs observations, nous relevons des sensations de pesanteur à l'épigastre, la constipation est fréquente, parfois ce sont des alternatives de constipation et de diarrhée, les vomissements sont fréquents et se produisent facilement, l'anorexie est constante, parfois élective pour les aliments gras. Ces différents symptômes sont bien nets dans l'observation de Comby (obs. II). Le malade se souvient d'une période pendant laquelle il a présenté une constipation opiniâtre, des gaz, renvois nidoreux, langue sale, bouche amère. Or, tous ces signes sont constants dans l'appendicite chronique et accusent le mauvais état du tube digestif. Il en est de même dans l'observation VI, de Walther, dans laquelle on note une constipation opiniâtre, la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre. Rapidement, l'état général est affecté, la « fatigue est constante, elle existe même le matin au réveil. Le facies est terreux, les yeux sont cernés, la langue sale. Le malade sent ses forces diminuer, il devient d'un nervosisme extrême ou profondément neurasthénique ». Ce sont bien là les troubles qui frappent chez un certain nombre de nos malades, mais leur coexistence avec la fièvre et la toux les fait considérer comme dépendant d'une tuberculose au début alors qu'ils devraient être rattachés à l'appendicite chronique qui les a engendrés.

La défense musculaire doit également être recher-

chée avec soin, elle peut manquer, mais lorsqu'elle existe, elle est l'indice certain d'une appendicite sous-jacente. Elle était très nette dans une observation de Walther que nous rapportons (obs. V).

On ne devra pas négliger de pratiquer le toucher rectal, il peut donner des renseignements utiles. Dans l'observation VI, on constate par le toucher rectal, une légère sensibilité en haut et à droite sans empâtement.

Brunon signale enfin deux signes qui, dit-il, rendent dans certains cas des services. Il existerait une teinte jaune péri-ombilicale qui contrasterait avec la teinte rosée des régions inguinales.

Et, dans certains cas, on constaterait la présence de taches lenticulaires analogues à celles qu'on observe dans la fièvre typhoïde.

Ce sont là d'ailleurs des signes variables, inconstants.

En résumé, on voit par l'étude que nous venons de faire combien les symptômes fonctionnels et généraux de tuberculose dominent la scène, et si on admet que souvent les signes d'appendicite chronique sont peu nets, que leur découverte demande une recherche suivie, on conçoit les difficultés qu'on rencontre pour poser le diagnostic. Nous verrons dans le chapitre suivant que l'étude attentive de ces symptômes de pseudo-tuberculose peut, dans certains cas, cependant, nous aider à poser le diagnostic d'appendicite chronique.

DIAGNOSTIC

Nous avons l'intention d'étudier ici uniquement les symptômes qui nous permettront de différencier l'appendicite chronique de la tuberculose ; mais auparavant nous résumerons dans un tableau d'ensemble les symptômes que nous avons rencontrés, en classant séparément d'une part les signes de pseudo-tuberculose, et d'autre part les signes toujours moins nets d'appendicite chronique. La prédominance des premiers sur laquelle nous avons déjà insisté, fait toujours penser à une tuberculose pulmonaire au début plutôt qu'à une lésion appendiculaire.

En général nous nous trouvons en présence d'un malade qui maigrit souvent d'une façon considérable et parfois depuis fort longtemps. Si chez ce malade on fait surveiller quotidiennement la température, on constate une ascension thermique vespérale constante se maintenant aux environs de 38 degrés ; la fatigue, un effort soutenu, une marche un peu pénible, déterminent également des modifications de la courbe thermique et celle-ci, envisagée dans son ensemble, rappelle la fièvre classique de la tuberculose au début. Comme elle, d'ailleurs, elle est tenace et résiste à tout traitement.

Plus rare peut-être, mais pouvant dans certains cas constituer le seul symptôme, la toux sèche, quinteuse, à maximum nocturne, vient compléter un tableau clinique qui rappelait déjà de bien près celui de la tuberculose pulmonaire. Si la fréquence de la toux est variable, sa valeur diagnostique est assez grande pour que chez un malade toussant depuis longtemps, sans signes pulmonaires, sa seule présence fasse songer à l'appendicite chronique.

Si à ces différents signes s'ajoutent encore des troubles dyspeptiques variés (diarrhée, constipation, nausées, vomissements) et l'altération de l'état général (facies pâle, yeux cernés), le diagnostic de tuberculose n'attend plus, pour pouvoir être affirmé, que la constatation des signes physiques, et on est fort étonné ou bien de ne rien trouver, ou de constater des signes peu nets tels que : congestion de la base droite, ou diminution de la respiration au sommet droit.

À côté de ce premier groupe de symptômes simulant la tuberculose, la recherche minutieuse par un médecin connaissant ces faits, des signes d'appendicite chronique, permet d'ordinaire de retrouver dans les antécédents du malade la notion de crises frustes n'étant manifestées que par quelques vomissements ou par des douleurs abdominales de peu de durée. Chez les enfants, il n'est pas rare de constater en outre une douleur sourde, persistante, et mal localisée, qui le plus souvent spontanée chez lui ne sera en général réveillée chez l'adulte que par l'exploration

de la fosse iliaque et la localisation d'une douleur nette au point de Mac Burney.

L'examen de la langue pourra fournir une indication nouvelle : blanche chez les appendiculaires, elle est rouge chez les tuberculeux.

Tel est le tableau clinique habituel de l'appendicite à forme de pseudo-tuberculose. L'examen méthodique des symptômes, en particulier des signes fonctionnels et généraux, permet parfois d'éliminer le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

L'amaigrissement par son évolution, fait déjà douter de l'origine tuberculeuse de l'affection. En effet, s'il est constant chez les tuberculeux au début, et s'il peut se produire alors qu'il n'existe pas de lésion nette, rapidement le diagnostic se confirme par l'apparition des signes stéthoscopiques aux sommets ; comme le fait remarquer Faisans, il peut y avoir discordance entre l'intensité de l'amaigrissement et le peu de netteté des signes physiques perçus, mais ces signes existent et « bientôt ce défaut de proportion fait place à l'harmonie habituelle des symptômes ». Cet amaigrissement est d'ailleurs bien connu au cours de l'appendicite chronique ; il est en rapport avec les troubles dyspeptiques et ne doit pas être confondu avec la dyspepsie des tuberculeux qui, pour Faisans, serait provoquée par l'abus des médicaments.

Comme l'amaigrissement, la fièvre permanente, durable, tenace, permet, en l'absence de signes stéthoscopiques pulmonaires, d'éliminer le diagnostic de tuberculose. En effet, elle persiste indéfiniment, dis-

paraissant par le repos pour reparaître au moindre effort ; pour Faisans, deux affections sont seules capables de produire une courbe thermique semblable : l'appendicite chronique chez l'adulte, à laquelle chez l'enfant il faut adjoindre l'adénoïdite rhino-pharyngée. Nous devons rappeler ici que l'appendiculaire a la notion de son état fébrile, tandis que le tuberculeux « se déclare très dispos au moment où le thermomètre atteint les plus hautes températures. »

Le peu de résultats obtenus par le traitement hygiénique et diététique classique, et même les résultats défavorables qu'on a signalés dans certains cas, sont encore des faits en faveur de l'appendicite, ce traitement amenant d'ordinaire une amélioration notable dans la tuberculose au début.

Les procédés de laboratoire ne pourront pas en général être employés avec fruit. La radioscopie peut induire en erreur, la congestion pulmonaire dont nous avons signalé l'existence pouvant, suivant Brunon, donner les mêmes images radioscopiques que la tuberculose au début.

L'examen des crachats devra être pratiqué et répété à plusieurs reprises, comme cela a été signalé dans plusieurs de nos observations, et l'absence de bacilles de Koch sera un argument nouveau contre le diagnostic de tuberculose. L'expectoration peut d'ailleurs manquer ou le malade ne rejeter que quelques mucosités, dont l'examen n'est pas suffisant pour infirmer un diagnostic.

L'appendicite chronique à forme de pseudo-tuberculose a une allure clinique assez différente de l'appendicite chronique tuberculeuse pour que le diagnostic ne se pose pas entre ces deux affections. L'appendicite tuberculeuse a les mêmes signes abdominaux que l'appendicite chronique ; mais elle ne s'accompagne pas d'un retentissement sur l'état général plus marqué que dans une appendicite chronique banale, et en dehors de quelques cas spéciaux où l'on se trouve en présence d'une tuberculose pulmonaire coexistante, on ne trouve aucun signe pulmonaire ; d'ailleurs dans le cas d'appendicite tuberculeuse, le diagnostic de la nature des lésions n'est fait le plus souvent que par l'examen histologique.

PATHOGÉNIE

Lorsqu'on parcourt les observations qui font le sujet de notre travail, on est frappé de la fréquence des végétations adénoïdes, de l'entérite muco-membraneuse chez les malades atteints d'appendicite chronique. Au premier abord, ces différentes manifestations semblent sans lien et pourtant, par une étude plus précise, on est conduit à établir entre elles certaines relations.

« Appendiciques et végétants sont les membres de la même famille des adénoïdiens. C'est le tissu adénoïde qui est atteint des mêmes troubles trophiques. Les troubles peuvent se manifester tout d'abord au niveau du pharynx ou de l'appendice, mais la lésion première n'exclut pas les autres. »

Et, en effet, si systématiquement on pratique l'examen laryngoscopique des malades atteints d'appendicite chronique, cet examen décèle la présence de lésions atrophiques ou hypertrophiques très nettes.

Ce fait d'ailleurs est relevé dans bon nombre de cas. Comby, dans l'étiologie de l'appendicite chronique, signale les végétations adénoïdes, les manifestations rhino-pharyngées, les amygdalites.

Dans les antécédents de l'appendicite, d'ailleurs, on retrouve les mêmes affections que nous signalons dans ceux des végétants ; chez les uns et les autres, le terrain est préparé, et une intoxication ou une infection vont aider à le mettre en état.

Au point de vue anatomique également, nous retrouvons au niveau de l'appendice les mêmes modifications histologiques qu'au pharynx ; les lésions se succèdent dans le même ordre et à un stade d'hypertrophie succède un stade d'atrophie ; ce dernier stade est peu fréquent au niveau de l'appendice, mais les raisons en sont purement locales, et s'il manque le plus souvent, c'est parce que les complications fréquentes et quelquefois hâtives vers la séreuse péritonéale, ne permettent pas à l'appareil lymphoïde d'aboutir à ce stade d'atrophie.

Des faits bien frappants montrent d'ailleurs l'intimité des rapports qui existent entre l'appendicite et les végétations adénoïdes.

« Quels sont, dit Sergent, les gens qui sont surtout atteints d'appendicite chronique ? Ce sont des gens chez lesquels on constate, peu de temps avant ou après l'appendicite, une poussée d'adénoïdite. Ceci est extrêmement fréquent chez les jeunes sujets, nombre d'enfants, garçonnets ou fillettes, ont, pendant des années, de petites poussées adénoïdiennes récidivantes, cette adénoïdite constituant un danger pour l'avenir à cause du retentissement qu'elle exerce sur la santé générale, sur le développement de l'enfant, sur l'intégrité de l'ouïe, on se

décide au grattage du rhino-pharynx. Quelques mois après, l'enfant présente une poussée d'appendicite plus ou moins aiguë, plus ou moins légère, qui, quelque fois d'emblée, suit l'évolution de l'appendicite chronique.

» Chez d'autres enfants, on constate en même temps que des poussées adénoïdiennes et des poussées appendiculaires des réactions inflammatoires des ganglions lymphatiques, ces cas sont décrits sous le nom de fièvre ganglionnaire. Ces enfants généralement âgés de six à dix ans, ont des poussées inflammatoires des ganglions du cou, des aines, de l'aiselle ; ils ont de la fièvre, des phénomènes d'entérite et d'adénoïdite ; si on examine leur intestin, si on palpe leur appendice, on provoque une réaction douloureuse caractéristique ; à l'opération, on trouve l'appendice enflammé ; quelque temps après on est obligé de faire un curettage du rhino-pharynx. En somme, ces sujets font une réaction inflammatoire généralisée de tout le système adénoïdien. »

On voit ici combien ces rapports de l'appendicite et des végétations sont étroits, on opère les végétations ou l'appendicite et à la suite on est obligé d'intervenir sur l'autre organe qui, à son tour, s'est enflammé.

Inversement, d'ailleurs, chez certains malades, l'ablation des amygdales et des adénoïdes améliore l'état de l'appendice.

La plupart des malades qui font l'objet de nos

observations personnelles ont ainsi subi deux interventions successives.

Dans les autres cas que nous avons réunis, nous en trouvons quatre qui se rapportent à des adénoïdiens, nous n'avons pas d'ailleurs pour celles-ci des renseignements assez nets, au point de vue qui nous occupe, pour pouvoir en tirer des conclusions précises, l'examen laryngoscopique n'ayant pas été fait.

Ces rapports ont été également notés par d'autres auteurs.

« Il est probable, dit Brunon, qu'il existe un lien entre l'adénoïdie et l'appendicite. Nous avons vu souvent une poussée subaiguë au cours de l'appendicite chronique succéder à une poussée préalable de pharyngite.

Comme nous l'avons déjà signalé, M. Faisans fait remarquer que « l'adénoïdite rhino-pharyngée détermine des effets analogues à ceux de l'appendicite : fièvre légère influencée par l'exercice et la fatigue et pouvant durer des mois et des années.

Il est donc indéniable qu'il existe des rapports entre l'adénoïdie et l'appendicite chronique.

Mais de quelle nature sont ces rapports ?

Pour Delacour, « ces lésions sont d'ordre trophoneurotique. Le système nerveux semble soumis à une intoxication chronique, constante, à petite dose, se prolongeant indéfiniment jusqu'à ce que les éléments anatomiques, atteints dans leur vitalité, aient disparu et fait place à un tissu de sclérose ». Il nous reste à rechercher sous quelle influence, se produit

cette sclérose, et quel est l'organe malade dont le trouble retentit ainsi sur certains appareils.

« Ce trouble trophique du tissu adénoïde peut être considéré, dit Delacour, comme une conséquence d'une insuffisance relative de la glande thyroïde. On constate, en effet, chez ces malades, une diminution souvent considérable du volume de cet organe. »

Sur 60 cas de rhinite atrophique, Wingrave n'a pu, chez 28 malades découvrir le corps thyroïde.

Un certain nombre d'auteurs admettent d'ailleurs la relation que nous signalons entre les végétations adénoïdes, l'appendicite chronique et l'insuffisance thyroïdienne.

Hertoghe, en particulier, a bien mis en lumière les effets de l'inanition thyroïdienne, montrant la fréquence des végétations chez les myxœdémateux ; Jeandelize signale la fréquence des végétations dans les pays à goitre.

Ces rapports, entre l'insuffisance thyroïdienne et les végétations, varient d'un malade à l'autre, ils sont plus ou moins étroits, mais chez tout adénoïdien, on doit toujours suspecter l'hypothyroïdie.

Chez tous ceux d'ailleurs que Delacour classe parmi les adénoïdiens et dont la manifestation peut se faire soit au niveau de l'appendice, soit au niveau des adénoïdes, nous retrouvons les signes que Chantemesse et Marie ont décrits dans la forme fruste du myxœdème : bouffées de chaleur, asthénie, palpitations, sensation de cuisson de la peau des mains, dépression intellectuelle.

Du même processus relève, l'entérocolite muco-membraneuse et les signes gastriques si fréquents chez certains de nos malades, ces notions découlent non seulement des travaux de Delacour, mais de celui de Trémolières sur l'entérocolite. Triboulet avait déjà signalé la fréquence de l'entérocolite chez les adénoïdiens, ces différents auteurs avaient remarqué le peu de volume du corps thyroïde au cours de cette affection, mais Horsley en détruisant le corps thyroïde chez des singes, et Trémolières en opérant sur des lapins et en constatant l'apparition rapide de selles constituée par de la mucine presque pure en donnèrent une démonstration expérimentale particulièrement frappante, si bien que Trémolières concluait en disant : « Que l'entérocolite est une réaction banale de l'intestin préparé par un trouble trophique d'origine glandulaire et particulièrement thyroïdienne, à des excitations multiples, toxiques, infectieuses, mécaniques et réflexes. »

Comme on le voit, il existe des rapports étroits entre les végétations adénoïdes, l'appendicite chronique, l'entéro-colite muco-membraneuse d'une part, l'insuffisance thyroïdienne d'autre part. Ces manifestations pathologiques, dans un certain nombre de cas, sont sous la dépendance d'un trouble de la glande thyroïde. Cette pathogénie peut présenter un certain intérêt pratique, nous verrons à l'étude du traitement que dans certaines circonstances et en nous basant sur ce que nous venons d'exposer, il est possible d'obtenir un résultat, contre certains troubles

réfractaires aux autres procédés de traitement.

Il nous reste maintenant à étudier la pathogénie des signes physiques inconstants qu'on peut observer au cours de l'appendicite chronique, nous montrons, en terminant, de quelle cause fréquente dépend la toux chez ces malades.

Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer la congestion pulmonaire.

Pour Brunon, elle tirerait son orifice d'un œdème des poumons lié, soit à une adénopathie du médiastin, soit au brightisme.

Cet œdème ne serait pas mécanique, mais se produirait sous la dépendance d'une intoxication générale. « L'adénopathie serait latente et datant de l'enfance, comme dans les deux cas d'adénopathie que nous avons cités ; l'appendicite chronique agirait comme le brightisme, comme une infection lente, une appendicémie atténuée. »

Actuellement, on admet que la congestion pulmonaire de la base droite est d'origine réflexe, en raison de l'irritation intestinale, il se produit une vasodilatation des capillaires du poumon qui aboutit à la stase veineuse.

Si la congestion pulmonaire est facile à expliquer, la localisation des lésions, au niveau du sommet, est d'interprétation plus difficile. Brunon pense que, en raison de l'adénopathie qui en fait un lien de moindre résistance, l'œdème congestif atteindrait de préférence le sommet. Faisans élimine l'hypothèse d'une tuberculose pulmonaire secondaire à une

tuberculose iléo-cœcale, cette dernière n'existant pas et l'appendicite chronique ne semblant pas avoir de rapports avec la tuberculose, puisque les phénomènes qu'on constate restent stationnaires et ne permettent jamais de déceler des signes nets aux sommets ; il élimine également l'hypothèse d'une congestion pulmonaire siégeant électivement au sommet, sans raison, et pour lui, il n'y aurait là qu'une coïncidence ; nous avons déjà signalé cette opinion à l'étude des symptômes.

La toux est l'un des symptômes les plus constants que nous ayons rencontrés. C'est celui qui, bien souvent, attire l'attention des malades, et c'est pour lui que bien des enfants sont amenés en consultation auprès du médecin.

Dans une observation de Walther, il s'agit d'un adénoïdien qui a tendance à s'enrhumer, « les bronchites duraient un mois, quelquefois plus, pendant lequel la toux présentait le caractère nettement quinteux, survenant surtout la nuit ». Il en est de même dans une observation de Brunon : « Une petite fille de douze ans est amenée à la consultation parce qu'elle tousse, surtout la nuit, on craint la tuberculose pulmonaire. Aspect et intonation d'une adénoïdienne, et à cette toux ne correspondent aucuns signes stéthoscopiques nets ».

Chez elle, on observe en même temps des signes d'entérocélite. Dans les observations de M. Dalché, la toux est constante et chez tous les malades elle a ses caractères habituels, quinteuse, ne s'accompa-

gnant pas d'ordinaire d'expectoration, se produisant surtout la nuit et résistant aux traitements hygiénique et diététique ordinaires.

En l'absence de tout signe pulmonaire net, pour l'expliquer, on peut se demander quelle est son origine.

Walther pense qu'il s'agit d'une toux réflexe « elle serait analogue, dit-il, à celle que nous voyons parfois dans les affections utérines ou annexielles et qui disparaît complètement après l'ablation de l'organe malade.

Pour Brunon, deux explications sont possibles.

Ou bien elle est due à un œdème congestif des poumons, comme on en rencontre dans certains cas d'anénopathie du médiastin ou de brightisme ; ces foyers pulmonaires seraient analogues aux autres foyers secondaires que nous avons déjà signalés comme les pleurésies, les broncho ou les spléno-pneumonies. Ou bien la toux pourrait être imputée aux lésions d'adénoïdite rhino-pharyngée, si fréquentes chez ces malades, et en concordance avec ces faits il note que les deux malades qu'il a présentées étaient des adénoïdiennes.

Cette pathogénie nous semble être la plus proche de la vérité, l'adénoïdie se rencontre, en effet, chez tous ces malades qui toussent, lorsqu'elle n'est pas notée, c'est le plus souvent parce que le pharynx n'a pas été examiné ; quel que soit leur volume, et on sait que l'intensité des phénomènes déterminés par les adénoïdes n'est pas nécessairement en rapport

avec leur grosseur, il existe des végétations adénoïdes dans le pharynx des malades qui présentent cette toux quinteuse et sèche.

Il est possible que la toux soit un acte réflexe, mais avec M. Dalché nous pensons que même réflexe elle est favorisée par un état particulier du rhino-pharynx.

La toux des appendiculaires chroniques rappelle d'ailleurs par ses caractères celle des adénoïdiens, elle est, en effet, quinteuse, sèche, sans expectoration, présentant un maximum nocturne, pouvant parfois s'accompagner de quintes qui réveillent le malade.

ÉVOLUTION

Laissées à elles-mêmes, ces formes d'appendicite chronique n'ont aucune tendance à la guérison, les symptômes persistent indéfiniment ; l'amaigrissement devient extrême, tantôt le malade diminuant progressivement de poids, s'anémiant peu à peu, tantôt cet amaigrissement étant coupé de périodes plus ou moins longues pendant lesquelles la santé semble revenue ; la toux et la fièvre persistent sans modifications, cédant momentanément lorsque le sujet garde le lit, et reparaissant à l'occasion du moindre effort pour s'exagérer lors d'une marche ou d'un exercice inaccoutumés.

Progressivement, le malade aboutit à la cachexie, fatigué par l'application de médications successives et inefficaces, on voit peu à peu s'installer la neurasthénie qui augmente encore les difficultés du diagnostic.

Si le diagnostic d'appendicite chronique a été fait, l'intervention chirurgicale s'impose, les observations publiées jusqu'ici ont, en effet, montré qu'on en devait attendre les meilleurs résultats et que d'ordinaire on voyait, à la suite, disparaître les phénomènes pul-

monaires qui avaient tout d'abord égaré le diagnostic et fait songer à la tuberculose.

Ne sait-on pas que l'ablation des amygdales palatines modifie l'état gastro-intestinal de l'entérite muco-membraneuse même jusqu'à la guérison (Trémolières), il est fort possible, comme le pense M. Dalché, que l'état rhino-pharyngé, dont dépend la toux, puisse être favorablement influencé par l'ablation de (l'amygdale) appendiculaire.

Mais les réactions sont essentiellement variables d'un malade à l'autre, et si dans beaucoup de cas tous les symptômes pulmonaires disparaissent à la suite de l'opération, il en existe pourtant certains pour lesquels les résultats sont différents.

Notre maître, M. Dalché, nous a communiqué un certain nombre de ces cas dans lesquels l'intervention n'a pas été suivie de la disparition complète des signes.

Dans notre observation XVIII, nous voyons une malade opérée d'appendicite il y a quatre ou cinq ans et qui tousse, maigrit et présente une élévation thermique quotidienne. Il en est de même dans l'observation suivante : la malade a subi l'appendicectomie en 1908. Depuis, elle continue à maigrir considérablement, elle se plaint d'une toux sèche et continuelle et pourtant l'examen des poumons ne décèle aucune lésion, et la recherche du bacille de Koch dans les crachats est toujours restée négative ; une observation de Brunon correspond encore à ces

faits, nous y voyons une malade continuer à tousser à la suite d'une appendicéctomie.

Il est donc indéniable qu'à côté de résultats définitifs nous voyons certains malades continuer à simuler une tuberculose pulmonaire.

Nous voudrions essayer de rechercher quelle est la raison de la persistance de ces symptômes.

Nous remarquerons tout d'abord que tous les malades dont nous nous occupons sont des adénoïdiens, il y a coexistence chez eux de l'appendicite chronique et des végétations adénoïdes.

Dans la première observation, on constate à l'examen du rhino-pharynx de la rhinite atrophique, le pharynx présente des zones d'atrophie, d'autres recouvertes de granulations. La malade, qui fait le sujet de notre deuxième observation, a été opérée des végétations adénoïdes dans son enfance, et dans ses antécédents maternels nous relevons la tuberculose pulmonaire, si souvent rencontrée dans les antécédents des adénoïdiens. Dans la troisième observation, nous trouvons dans les antécédents collatéraux de notre malade, deux sœurs opérées des végétations adénoïdes et un frère opéré d'appendicite.

Chez tous ces malades, nous constatons une atteinte plus ou moins complète du système lymphoïde et nous pensons qu'ils correspondent au type décrit par Delacour sous le nom de syndrome adénoïdien. Chez eux, l'atteinte appendiculaire n'est qu'une manifestation d'un mauvais état général, d'une cause cachée.

Successivement, ils présentent des lésions appendiculaires, ou des lésions adénoïdiennes, mais il ne suffit pas chez ces malades d'enlever l'organe qui au moment de l'examen, semble seul malade, et c'est un traitement général s'adressant au système lymphoïdien qui seul peut déterminer une amélioration complète.

Nous pensons, avec M. Dalché, que s'ils toussent, s'ils maigrissent, l'ablation de l'appendice peut déterminer une accalmie passagère, parce que ce faisant on fait disparaître un des foyers de localisation de l'infection générale, que cette ablation d'ailleurs est nécessaire et évite des accidents plus graves toujours à craindre, mais que cependant les symptômes peuvent reparaitre.

Nous savons, en effet, que l'ablation de l'appendice peut être le point de départ d'une poussée inflammatoire vers les adénoïdes, l'auto-intoxication qui se manifestait au niveau de l'appendice, se manifeste maintenant au niveau du pharynx et sa localisation est annoncée après plus ou moins de temps soit par une apparition, soit par une recrudescence des symptômes fonctionnels qui simulent la tuberculose, la toux en particulier. En enlevant l'appendice, nous avons enlevé un des foyers de la toxi-infection, mais il en existe d'autres et nous croyons même qu'une intervention chirurgicale sur le pharynx n'est pas suffisante.

Nous avons vu, en effet, qu'appendicite chronique et adénoïdes coexistent souvent avec les troubles

qu'on observe dans le myxœdème, que ces états pathologiques coïncident souvent avec une thyroïde petite et cette notion ressort de nombreux travaux récents, et nous pensons, avec M. Dalché, que dans ces cas l'opothérapie thyroïdienne peut donner de bons résultats. Nous y reviendrons à propos du traitement.

TRAITEMENT

Le traitement médical employé d'ordinaire alors que le diagnostic de tuberculose pulmonaire est vraisemblable et qu'on ne songe pas à l'appendicite chronique donne peu de résultats.

Nous avons dit que la toux et la fièvre s'atténuent ou même disparaissent sous l'influence du repos, mais à la moindre fatigue les bons effets obtenus se modifient, et à la suite de rechutes successives l'état s'aggrave progressivement.

Le régime est lui aussi inefficace.

Si, se basant sur le diagnostic possible de tuberculose auquel conduisent les symptômes fonctionnels on soumet le malade à une cure diététique, si on le suralimente en particulier en lui donnant des œufs et de la viande, les résultats sont défavorables. « C'est précisément, dit Faisans, le régime opposé à celui qui convient aux affections intestinales et notamment à l'appendicite chronique : rapidement ces malades ont de l'inappétence, des coliques, des digestions pénibles, des diarrhées glaireuses ; bien plus on observe une élévation de la température parfois considérable, au point d'atteindre 38°5 ou

39 degrés. Et ces symptômes alarmants disparaissent dès que par une diète sévère on supprime la cause qu'ils ont donnée naissance.

» Mais souvent on renouvelle la tentative, de nouveau on applique un régime qui va déterminer une poussée nouvelle de fièvre avec des phénomènes gastro-intestinaux qui ne pourront que contribuer à affaiblir le malade. »

Et si un nouveau symptôme ne vient pas aider à formuler un diagnostic, ces malades continueront parfois pendant plusieurs années à présenter de ces alternatives d'amélioration et d'aggravation successives.

Si au contraire nous pensons à une appendicite chronique, et si le malade hésite avant d'accepter l'intervention et préfère se soumettre à un traitement médical pendant quelque temps, nous croyons que dans certains cas encore le résultat peut être défavorable.

Nous avons vu en effet que, souvent, ces malades ont une ascendance chargée ; dans plusieurs observations nous relevons la tuberculose dans les antécédents héréditaires ou collatéraux, ils sont donc suspects eux-mêmes ; « ils font dit Sergent, sous forme d'inflammation adénoïdienne subaiguë, une sorte d'ébauche de la scrofule et un jour ou l'autre, si vous n'y prenez garde, ils versent dans la scrofulo-tuberculose. »

Si donc nous posons le diagnostic d'appendicite chronique, nous allons instituer un régime alimen-

taire spécial, dit Sergent, « et vous supprimerez de l'alimentation précisément tout ce dont ces enfants ont besoin en tant que sujets prédisposés à la tuberculose. »

Il en est de même, d'ailleurs, pour ceux qui présentent des signes d'entérocolite ; le régime, en supprimant l'alimentation azotée et en lui substituant des pâtes ou des farineux, amoindrit leur résistance et favorise chez eux le développement de la tuberculose pulmonaire.

Nous pensons donc que le régime alimentaire n'est en général pas suffisant pour amener une amélioration complète, dans certains cas même il pourra être une source d'inconvénients vis-à-vis de l'état gastro-intestinal ou même de dangers en présence d'individus prédisposés à la tuberculose.

Nous croyons, au contraire, que le malade ne peut retirer que des avantages du traitement chirurgical, et qu'en pareil cas il doit être appliqué le plus rapidement possible, étant seul susceptible dans bien des cas de provoquer la disparition des symptômes que nous avons signalés. Mais il faudra, pour cela, poser aussi nettement et précocement que possible le diagnostic d'appendicite chronique. On s'efforcera de dépister les symptômes propres à cette affection, on recherchera les crises aiguës par un interrogatoire minutieux du malade ; les crises frustes ne s'accompagnant que de quelques nausées ou de quelques signes d'entérocolite n'étant pas rares. Et si aucun signe gastro-intestinal ne met sur la voie du diag-

nostic, il faudra se souvenir, dit Brunon, que chez tout malade qui tousse depuis un certain temps, il faut chercher l'appendicite et qu'une fièvre continue, persistante, qui ne s'accompagne pas de manifestations pulmonaires, doit faire songer à l'appendicite. L'exploration de l'abdomen en décelant un point douloureux bien limité lèvera tous les doutes.

Lorsque ce diagnostic est posé, nous pensons que l'intervention doit être pratiquée. Nous nous trouvons en effet en présence d'un appendice enflammé qui constitue un danger constant, non seulement par les accidents qu'il détermine à distance en altérant l'état général, en produisant la fièvre, la toux, l'amaigrissement en particulier, mais par les réveils qu'il peut présenter et qui en infectant la séreuse péritonéale peuvent provoquer rapidement les accidents les plus graves.

Les résultats en sont généralement bons, ils sont d'autant meilleurs que l'intervention est pratiquée plus près du début de l'affection ; lorsqu'il en est ainsi nous croyons qu'on peut compter sur une guérison complète et définitive.

S'il s'agit d'un malade chez lequel les accidents sont déjà anciens, les résultats peuvent sembler moins favorables. On peut voir les phénomènes pulmonaires persister pendant quelque temps, en général ils ne tardent pas à s'amender ; parfois des améliorations alternent avec des périodes de recrudescence, le malade pourtant tire toujours profit de l'intervention. Outre que le gros danger de péritonite est écarté,

l'amélioration, sinon la disparition des signes pulmonaires, s'observe constamment. D'ailleurs l'alimentation devient de nouveau possible et bien vite l'état général s'améliore. « Parmi les malades, dit Faisans, dont j'ai eu ultérieurement des nouvelles, je n'en connais pas un seul qui ne se soit félicité à un degré quelconque de s'être fait opéré. En tout cas, il n'y en a pas un seul qui soit mort de l'opération, et je voudrais pouvoir dire avec la même certitude que, parmi ceux qui n'ont pas suivi mon conseil et que j'ai perdu de vue, il n'y en a pas un seul qui soit mort de sa maladie. »

Nous avons déjà signalé que certains symptômes, la toux en particulier, pouvaient persister à la suite de l'opération, si nous nous souvenons que nous sommes en présence d'adénoïdiens, cette toux s'explique assez facilement. En enlevant l'appendice, nous avons enlevé un foyer d'infection, mais le malade n'en est pas moins resté un adénoïdien, et si nous voulons faire disparaître ces différents troubles, il est indiqué de faire un grattage du rhino-pharynx, à la suite de cette intervention, la toux disparaît généralement.

Mais si certains symptômes persistent, si l'état général reste mauvais, il faut se souvenir que malgré l'acte opératoire nécessaire et qui a supprimé les dangers immédiats, certains de nos malades « n'en demeurent pas moins ce qu'ils étaient d'abord des adénoïdiens ». Chez eux, nous pensons que le terrain doit être modifié pour que tous ces troubles disparaissent ; nous avons vu que dans certains cas, les

manifestations pathologiques relevaient de l'insuffisance thyroïdienne, nous croyons que l'opothérapie sous forme de poudre de thyroïde appliquée chez ces malades, peut donner de bons résultats.

Dans une observation de M. Dalché que nous reproduisons, cette médication a amélioré le malade ; dans un cas de pseudo-tuberculose, nous avons vu également la médication thyroïdienne amener la cessation des accidents.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(In th. Sainte-Marie-Dodeuil. Paris, 1906.)

Augustine T..., vingt ans, soignée à la Pitié.

Antécédents héréditaires. — Parents tuberculeux.

Histoire de la maladie. — Depuis un an, perte des forces, anorexie.

En raison des antécédents, on craint la tuberculose pulmonaire. Suralimentation et piqûres de cacodylate.

On retrouve, au début de l'affection, des douleurs abdominales mal limitées.

L'état s'aggrave progressivement jusqu'à l'apparition d'une crise particulièrement douloureuse, accompagnée de vomissements, constipation opiniâtre.

La malade entre à l'hôpital. Le diagnostic d'appendicite est porté.

Appendicectomie le 14 décembre 1904.

L'appendice est turgescent, rouge, vascularisé ; adhérent aux organes voisins.

Suites opératoires excellentes. L'état général s'est complètement modifié.

OBSERVATION II

(Comby, Soc. méd. des hôp., 26 mai 1905.)

Il s'agit d'un jeune Argentin, bien portant jusqu'à vingt-cinq ans.

A ce moment, amaigrissement considérable (perte de poids de 15 kilogrammes). Teint blême, anorexie, dégoût pour les aliments.

Examen des crachats négatif. L'auscultation des poumons ne décèle aucune lésion nette.

On hésite entre trois diagnostics : dyspepsie chronique, neurasthénie, phtisie.

Il vient en Europe, est traité tout d'abord comme anémique, sans résultat.

A ce moment, vient consulter pour une indigestion qu'il croyait avoir. Il avait vomi son dîner. Le diagnostic d'appendicite est porté. Il se rétablit rapidement de cette crise. Par un interrogatoire serré, on arrive à retrouver dans ses antécédents deux crises très douloureuses, sans vomissements ainsi que les signes d'une intoxication intestinale chronique, constipation opiniâtre, gaz, renvois nidoreux, langue sale, bouche amère.

M. Jalaguié opère le 16 mars 1905, on trouve un appendice volumineux, adhérent au cæcum.

L'examen histologique révèle une appendicite chronique de date très ancienne.

Suites bonnes. Appétit satisfaisant. Digestions parfaites.

OBSERVATION III

(Soupault, Soc. méd. des hôp., 27 nov. 1903.)

M..., vingt et un ans, troubles gastro-intestinaux depuis longtemps. Amaigrissement. Pâleur. Fatigue.

On soupçonne la tuberculose pulmonaire, mais on ne trouve rien à l'auscultation.

Règles irrégulières et douloureuses. Les dernières accompagnées de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, de vomissements, de diarrhée alternant avec la constipation nécessiterent le repos au lit.

A l'examen, on trouve un point très localisé à droite, mais un peu bas vers la région de l'ovaire. Vomissements porracés. Température 39 degrés. Pouls 104. Appendicite indiscutable, opérée après plusieurs semaines de repos.

OBSERVATION IV

(D^r Claisse, in *Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, 3 fév. 1911.)

Pierre B..., vingt-neuf ans. Homme bien développé, d'excellente santé habituelle. Pas de maladie importante dans ses antécédents, sauf pendant six mois vers l'âge de onze ans, quelques crises abdominales extrêmement pénibles qui duraient quelques heures environ.

A l'âge de vingt-huit ans, il commence à maigrir, est fatigué au moindre effort, ses digestions sont lentes, l'appétit diminue, la langue est chargée. On craint la tuberculose

pulmonaire. L'épreuve de la marche de Daremberg montre une température de 38 degrés et au-dessus à la suite de courtes promenades.

Le malade, au courant des questions médicales, suit lui-même l'évolution de sa courbe thermique. Cependant les troubles semblent tirer leur origine du tube digestif, on ne trouve d'ailleurs aucune lésion pulmonaire. On enlève l'appendice, long, grêle, fibreux, qu'on trouve emprisonné dans un tissu scléreux d'ancienne péritonite adhésive.

Suites opératoires bonnes. Tous les troubles ont disparu.

OBSERVATION V

(Dr Walther, in *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 6 avril 1911.)

M^{lle} B...; vingt-deux ans, entrée le 13 mars 1911, à l'hôpital de la Pitié, pavillon Lisfranc, n° 2.

Antécédents personnels. — Réglée à douze ans, régulièrement, sans douleur, durée huit jours.

En octobre 1907, crise appendiculaire aiguë, traitée par le repos et l'application de glace sur le ventre.

Tout est rentré dans l'ordre. Mais depuis, à plusieurs reprises, la malade a eu des périodes d'amaigrissement, de lassitude survenant irrégulièrement et d'une durée de huit à dix jours.

Depuis le mois d'octobre, l'amaigrissement est plus marqué. La malade a des quintes de toux sans expectoration et sans hémoptysie, l'état général est de plus en plus mauvais, les symptômes précédents ne font que s'accroître.

L'examen du poumon ne donne pas de renseignements très précis.

A la palpation de l'abdomen, on constate que le cæcum est épaissi, et qu'il existe un point douloureux, au niveau de l'angle iléo-cæcal, s'accompagnant de défense musculaire.

La malade est mise au régime très sévère des appendicites.

Sous l'influence du régime, l'état général s'améliore, la toux elle-même diminue.

On opère à ce moment, l'appendice présente des lésions de folliculite hémorragique, près de la pointe et dans la moitié supérieure.

A la suite, l'état général s'améliore très rapidement et tous les troubles constatés disparaissent.

OBSERVATION VI

(D^r Walther, in *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 31 mars 1911.)

G... Georges, quatorze ans, entre le 13 mars 1911 au pavillon Michon.

Antécédents familiaux. — Un frère soigné dans le service pour un petit lupus du talon droit avec minime lésion osseuse sous-jacente.

Antécédents personnels. — Pas d'affections graves. Ce qui domine dans les antécédents, ce sont des troubles respiratoires. L'enfant dormait la bouche ouverte, ronflait la nuit et avait tendance à s'enrhumer. Ces bronchites, au dire du malade, duraient un mois, quelquefois plus, pendant lequel la toux présentait le caractère nettement quinteux, survenant

la nuit surtout. Ces bronchites, du reste, apparaissaient aussi bien en hiver qu'en été.

Il y a trois ans, à cause de ces troubles respiratoires, la mère conduit l'enfant à un médecin, qui fait des piqûres d'eau de mer, il conseille l'ablation des végétations et des amygdales. Les végétations sont râclées et les amygdales morcelées. Pendant un an, à la suite de l'opération, l'état est amélioré.

Depuis novembre 1910, la toux a reparu, surtout la nuit, s'accompagnant parfois de crises d'étouffement.

A ce moment, l'enfant vient consulter le Dr Walther.

Enfant bien constitué. *Facies adénoïdien*.

Nez large, bouche ouverte, respiration nasale est difficile, voûte palatine ogivale. Pas de crête médiane, pas de triade d'Hutchinson.

Rhino-pharynx rouge ; amygdales morcelées se reforment.

Pharyngite chronique marquée.

Micro-poly-adénopathie généralisée.

Examen de l'appareil respiratoire. — Zone étroite de submatité dans la région hilaire droite en arrière.

En avant l'expiration paraît plus rude, parfois soufflante à gauche, mais il suffit de faire tousser l'enfant pour modifier l'expiration.

En arrière, l'expiration est peut-être un peu plus forte à gauche qu'à droite.

Appareil digestif. — Antécédents digestifs nuls.

L'enfant raconte qu'il avait bon appétit, digérait très bien, jamais de vomissements ni de douleurs dans le ventre. Pas de constipation.

Il y a deux mois, après avoir absorbé un litre de lait, le

malade a ressenti une douleur vive et généralisée il a souffert dans le ventre avec maximum à droite. Il s'est alité ensuite pendant quelque temps et a ensuite repris la vie normale.

Il entre à l'hôpital le 13 mars.

La constipation persiste.

La palpation à droite fait sentir le muscle droit contracturé. On ne peut le déprimer. La palpation à droite est douloureuse, avec maxima au niveau de l'angle sous-hépatique du colon, un peu en dedans du point de Mac Burney et au-dessus de l'arcade crurale. On ne sent pas l'appendice, pas de gargouillement, un peu de submatité au pourtour de l'épine iliaque droite.

Foie, légèrement abaissé, déborde les fausses côtes d'un travers de doigt. Rate non perceptible.

Toucher rectal : pas d'empâtement, légère sensibilité en haut et à droite. Langue blanche, chargée.

Urines : 750 grammes en vingt-quatre heures, assez riches en phosphates.

Pas de température. Pouls normal.

Le traitement et le repos font rétrocéder la toux, les quintes sont moins nombreuses, mais se produisent encore surtout la nuit.

Opéré le 6 avril 1911. Appendice présente des foyers de folliculite hémorragique.

Les suites opératoires sont bonnes. La toux a complètement disparu.

OBSERVATION VII

(Brunon, in *Bullet. médical*, 10 novembre 1911.)

21 mars 1910. — Il s'agit d'une petite fille de huit ans que l'on amène consulter parce qu'elle tousse tous les hivers depuis trois ans. La toux a un caractère coqueluchoïde : elle s'accompagne de rougeur de la face et de rejet de mucosités. Assez fréquente la nuit.

Les signes stéthoscopiques sont peu nets : pas de matité, ni râles, ni craquements ; respiration rude aux deux temps et des deux côtés. Le chuchotement de Despine est net.

Micropolyadénopathie. Amygdales assez volumineuses. L'ouïe est diminuée à gauche.

Température 38° 5 à 3 heures de l'après-midi.

L'état général est très bon, le diagnostic possible de tuberculose pulmonaire hésitant, on pense plutôt à des accidents d'adénopathie trachéo-bronchique.

On institue un traitement hygiénique. Repos au lit. Aération nocturne et diurne constante.

Pendant les premiers temps, le traitement ayant été suivi ponctuellement, la toux diminue et le poids augmente.

Dix semaines plus tard, la malade a abandonné le traitement et va de nouveau à la pension.

La toux et la température réapparaissent.

L'auscultation reste toujours négative.

25 juillet. — Nouvel examen de la malade.

La toux persiste, surtout la nuit.

La température est de 37° 8 le soir.

Dans les urines, on trouve 5 à 10 centigrammes d'albumine. On n'en avait pas encore trouvé.

Le poids augmente régulièrement depuis le début du traitement.

11 août. — Le régime lacto-végétarien a été institué, la fièvre a disparu, la toux a beaucoup diminué de fréquence. Le poids est à peu près stationnaire.

L'auscultation dénote une respiration rude à gauche et faible à droite, en avant sous les clavicules.

Mais l'enfant se plaint d'être très fatiguée lorsqu'elle vient de jouer, sa figure se tire et elle a une barre dans le ventre. Quelquefois elle marche un peu pliée en avant. A l'examen, on constate que le ventre est ballonné. Ni constipation, ni diarrhée, ni vomissements. L'appétit est conservé. On réveille une douleur nette par la pression au point de Mac Burney. La résistance de la paroi est également nette.

Le traitement de l'appendicite est alors institué.

29 septembre. — Amélioration notable des signes pulmonaires, la langue est blanche, la pression douloureuse à droite. Le diagnostic d'appendicite chronique est posé, mais la famille ne l'accepte pas.

L'enfant reprend bientôt la vie normale et peu après reparaissent les troubles déjà signalés. Toux. Fatigue. Douleurs abdominales. Léger ictère.

1^{er} décembre. — Éclate une crise aiguë avec vomissements, diarrhée, ballonnement, douleurs abdominales.

Puis tout rentre dans l'ordre.

Au mois de janvier, l'amaigrissement est considérable. Température 37°6. Pouls 88.

Langue saburrale.

A. Pinault

Point de Mac Burney toujours douloureux.

8 avril. — Nouvelle crise douloureuse calmée par le repos.

20 mai. — L'enfant est opérée. Adhérences au cæcum, l'appendice est perforé à son extrémité.

Suites normales. Amélioration complète.

OBSERVATION VIII

(Brunon, in *Bull. médical.*)

17 novembre 1910. — Jeune fille de douze ans. Pâle et très amaigrie.

Aspect et intonation d'une adénoïdienne.

Consulte le 17 novembre 1910, parce qu'elle tousse. On craint la tuberculose pulmonaire. Elle tousse surtout la nuit.

Auscultation. — On trouve peu de signes nets, peut-être un affaiblissement respiratoire au sommet gauche. Ni matité, ni bronchophonie, ni craquements.

On signale encore des symptômes d'*entérocolite* : selles muco-membraneuses sans constipation ni diarrhée.

Elle a déjà eu de la fièvre et des douleurs abdominales, ces phénomènes persistent, l'amaigrissement augmente, on ne constate pas de fièvre.

Le diagnostic d'appendicite chronique est posé et le traitement médical institué.

Sous son influence, la toux a diminué, les autres signes persistent, grande faiblesse, nausées, douleur à la pression à droite.

Élévation de la température rectale $37^{\circ}4$ matin, $37^{\circ}8$ le soir.

Pouls 116.

L'intervention chirurgicale est décidée.

25 avril. — On trouve sur la muqueuse de l'appendice deux exulcérations séparées par un étranglement. La plus ancienne siège à l'extrémité de l'appendice qui est renflé en massue. Dans le canal, on trouve un calcul stercoral du volume d'un grain de millet.

Pas d'adhérences.

La toux persiste pendant quinze jours.

Puis tous les phénomènes disparaissent, on constate une augmentation de poids considérable.

OBSERVATION IX

(Brunon, in *Bulletin médical*,)

Jeune fille, dix-sept ans, jusque-là bien portante.

Consulte parce qu'elle a de la fièvre,

Température vespérale $38^{\circ}4$. Pouls 90.

La langue est blanche. Pas de céphalée, pas d'insomnies, ni de constipation. Pas de diarrhée.

Rien à l'auscultation.

Légère résistance de la paroi à droite de l'ombilic, et douleur à la pression, cette douleur est vague et diffuse.

15 février 1911. — Signes précédents persistent.

Bon état général.

Le diagnostic est hésitant entre une appendicite chronique

ou une tuberculose anormale se caractérisant surtout par une élévation constante de la température.

On institue un traitement hygiénique, puis un régime alimentaire, enfin un séjour prolongé à la campagne qui ne donnent pas d'amélioration.

L'état reste donc le même, et la malade se décourage.

4 octobre. — Le diagnostic d'appendicite reste posé et on décide d'intervenir. On trouve l'appendice adhérent.

26 octobre. — Suites simples.

La fièvre n'a pas reparu. Le dernier mot n'est peut-être pas dit sur ce cas, mais le diagnostic a été contrôlé par l'intervention.

OBSERVATION X

(Dr Brunon et F. Hue.)

Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, qui vient consulter le 3 avril 1911, parce qu'elle tousse et a des douleurs sur les côtés de la poitrine; ces douleurs sont très mal localisées.

Douleur épigastrique surtout vive. Douleur abdominale sus-ombilicale augmentée par la marche et s'accompagnant alors d'essoufflement.

Vomissements bilieux fréquents depuis un an, quelquefois alimentaires. Constipation.

Bronchites répétées depuis cinq ans avec expectoration abondante. Signes physiques nuls.

Sous l'influence d'un régime et du repos, la malade se trouve mieux. Mais les douleurs thoraciques et abdominales persistent. Tous les deux jours, la malade a des vomisse-

ments qui s'accompagnent d'une douleur épigastrique très vive. La malade dit qu'elle est sujette aux indigestions.

On songe à l'appendicite chronique. La région du point de Mac Burney est toujours douloureuse à la pression.

Sous l'influence de trois semaines de repos, les douleurs sont moindres, mais l'état général est toujours aussi mauvais : yeux creux et cernés, figure défaite, tristesse, affaïssement.

La température atteint 38 degrés le soir.

20 juillet. — Opération.

Appendice non adhérent, muqueuse rouge et boursouflée légèrement.

16 octobre. — Amélioration, quoique *la malade tousse toujours un peu.*

OBSERVATION XI

(Dr Jeanne.)

M^{lle} M..., vingt et un ans.

Bonne santé, mais nerveuse.

Réglée irrégulièrement. Est restée une fois huit mois sans règles. Règles douloureuses.

Il y a un an, douleurs abdominales, avec prédominance dans la fosse iliaque droite. Depuis, toujours sensibilité de ce côté.

Ensuite soignée pour tuberculose pulmonaire à cause du mauvais état général, de l'amaigrissement, de la toux.

Le diagnostic d'appendicite chronique est porté.

Il y a trois ou quatre mois, crise d'entérite : glaires dans les selles, coliques avec diarrhée post-prandium.

La malade est opérée, l'appendice enlevé est normal et vide.

Revue depuis quatre mois après, la malade ne présente plus aucun trouble.

OBSERVATION XII

(Comby, *Bull. Soc. méd. des hôpitaux*, 5 juin 1908.)

25 mai 1908. — Je suis appelé à voir un garçon de six ans et demi que je connais depuis longtemps.

Soigné pour pneumonie du sommet droit à vingt-sept mois.

De nouveau, pneumonie de la base droite à quatre ans et demi.

Opéré de végétations adénoïdes il y a un an.

Pas d'entérocélite bien nette, mais tendance à la constipation.

Il y a trois mois, scarlatine légère avec abondante desquamation et traces d'albumine dans les urines.

Souvent mauvaise mine, maigre, pâle, reflets jaunes dans la physionomie. Teint bistré et terreux.

Langue bonne. Appétit conservé. Selles régulières.

Rien à l'auscultation du cœur ni des poumons.

Estomac un peu dilaté. Foie normal. Ventre assez souple. Pression douloureuse au point de Mac Burney, cordon douloureux roulant sous les doigts.

Diagnostic : appendicite chronique sans crise aiguë dans les antécédents.

OBSERVATION XIII

(Sergent, in *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*)

« Jeune femme de vingt-huit à trente ans, que j'ai soignée en ville et qui, depuis des semaines, maigrissait, s'anémiait, avait un peu de fièvre le soir, présentant de temps en temps des crises d'entérocolite muco-membraneuse et de la diarrhée et tout l'état me donna les plus sérieuses inquiétudes, surtout lorsque je vins à constater des modifications du murmure vésiculaire au sommet droit. Or, cette jeune femme n'était pas tuberculeuse ; ce qui se passa dans la suite le démontre.

Un jour, en effet, au cours d'une crise d'entérocolite, je fus frappé par la prédominance des douleurs dans la région de la fosse iliaque droite et je songai à l'appendicite chronique ; je fis examiner la malade par un chirurgien et nous tombâmes d'accord sur la nécessité d'une intervention ; elle fut opérée et nous pûmes vérifier l'exactitude de notre diagnostic. Quelques semaines après, elle avait repris son existence habituelle, et était très bien portante. »

OBSERVATION XIII

(Comby, *Bull. Soc. méd. des hôpitaux*, 5 juin 1908.)

Garçon, treize ans. Végétations adénoïdes opérées.

Amaigrissement. Pâleur. État de langueur.

Croissance retardée, un frère de onze ans plus grand que lui.

OBSERVATION XIV

(Comby, *id.*)

Fille, douze ans. Entérocolite ancienne.

Grande maigreur. On a pensé à la tuberculose. Appendicite chronique.

OBSERVATION XV

(Comby, *id.*)

Garçon, onze ans. Angines fréquentes. Végétations adénoïdes opérées. Mauvaise mine. Pâleur. Amaigrissement. Appendicite chronique.

OBSERVATION XVI

(Comby, *id.*)

Garçon, onze ans. Anémie, maigreur. Pâleur.

On a cru à de l'œsophagisme, mais la sonde passe facilement. On a pensé aussi à la phtisie. Constipation. Appendicite chronique.

OBSERVATION XVII (Inédite)

(M. Dalché.)

M^{me} B..., trente-cinq ans.

Ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents. Elle n'a jamais eu d'enfants. A présenté quelques troubles des règles, peu importants d'ailleurs.

Depuis douze ans, la malade présente des signes d'appendicite chronique. De fréquentes nausées s'accompagnant parfois de vomissements, la constipation est la règle et l'amaigrissement est très notable depuis ce temps.

Il y a deux mois, la malade a été prise de douleurs violentes généralisées à tout abdomen mais présentant un maximum très net à la pression au point de Mac Burney, l'anorexie, était complète s'accompagnant de troubles dyspeptiques. Constipation toujours opiniâtre. De plus, la malade présentait une toux quinteuse, sèche, à maximum nocturne.

La malade vient consulter au mois de février, l'amaigrissement et la toux persistent, en raison de ces symptômes, on songe à la possibilité d'une tuberculose pulmonaire ; d'autant plus que la malade présente tous les soirs une température de 38 degrés qui disparaît par le repos, se montrant de nouveau à l'occasion de la moindre fatigue.

L'examen des poumons ne permet pas de déceler un foyer net de tuberculose. La respiration est normale partout.

L'examen des crachats pratiqué à plusieurs reprises n'a pas permis de déceler des bacilles de Koch.

L'examen laryngoscopique a été fait, on trouve :

Laryngite.

De la rhénite atrophique.

Pharynx. — Présente des zones d'atrophie, d'autres recouvertes de granulations. La muqueuse pharyngée est recouverte d'une couche de mucus épais et adhérent. Grosse hypertrophie de l'amygdale linguale.

OBSERVATION XVIII (Inédite)

(M. Dalché.)

M^{lle} Rose B..., vingt ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose pulmonaire.

Père mort de cause inconnue.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, la malade a été opérée de végétations adénoïdes.

Actuellement, elle présente des troubles gastro-intestinaux, caractérisés par des nausées, des vomissements fréquents, constipée habituellement, on constate cependant par période des débâcles diarrhéïques.

Il existe des signes nets d'entérocolite, les selles sont recouvertes de glaires et de peaux. Ces épreintes sont douloureuses.

Il y a quatre ou cinq ans, à la suite de plusieurs crises aiguës, la malade a été opérée d'appendicite.

Depuis, les troubles gastro-intestinaux ont diminué d'intensité, mais la malade a beaucoup maigri, elle est gênée constamment par une toux sèche, quinteuse, survenant le jour et la nuit mais plus fréquente la nuit, la température vespérale est plus élevée que celle du matin de 1 degré environ.

L'état général est mauvais, les traits tirés, les yeux cernés.

L'examen des poumons n'a jamais permis de déceler une lésion nette des sommets. L'examen des crachats pratiqué

plusieurs fois n'a pas montré la présence des bacilles de Koch.

Les troubles dyspeptiques et les douleurs abdominales persistent.

Il y a deux mois, plusieurs poussées amygdaliennes successives ont nécessité une intervention chirurgicale.

La malade a été soumise au traitement thyroïdien. On lui a successivement donné une fois 2 cachets de 10 centigrammes. Ce traitement a donné de bons résultats. Après quinze jours d'application, la toux et la fièvre ont disparu.

OBSERVATION XIX (Inédite)

(Dalché.)

M^{lle} R..., dix-neuf ans.

Antécédents collatéraux. — Deux sœurs ont été opérées de végétations adénoïdes dans l'enfance.

Un frère opéré d'appendicite.

En bas âge, végétations adénoïdes.

Antécédents personnels. — La malade a été réglée à quatorze ans et demi. Elle souffre d'accès de dyspnée qu'on a qualifié asthme (dyspnée asthmatique).

Depuis quatre ans elle présente des signes d'entérocolite. Glaïres et peaux dans les selles, alternatives de constipation et de diarrhée.

En 1908, elle a présenté des crises abdominales particulièrement douloureuses, présentant un point douloureux très net à la pression au point de Mac Burney; à la suite, on a pratiqué une appendicectomie. Après cette intervention, les dou-

leurs ont persisté. De plus, elle a maigri considérablement et se plaint d'une petite toux sèche et continuelle. Elle fait à ce moment un séjour à Arcachon sur le conseil du médecin traitant qui craint une tuberculose pulmonaire. Elle vient consulter au mois de mai 1912, les accidents précédents n'ayant pas rétrogradé. Elle accuse plusieurs bronchites dans son enfance, elle dit avoir toujours toussé, actuellement, elle se plaint de douleurs abdominales, de constipation habituelle, avec céphalée, algies abdominales, dysménorrhées intermenstruelles. La glande thyroïde est très petite.

A l'examen des poumons, on ne trouve pas de signes stéthoscopiques nets. La respiration est normale. Par accès, on observe des râles sibilants de bronchite.

Pouls 96 à la minute.

Il s'agit vraisemblablement d'asthme neuro-arthritique ou thyroïdien.

Le traitement thyroïdien a été appliqué il y a un mois environ, on constate une légère amélioration, mais certains signes persistent encore et on ne peut parler de résultats définitifs.

OBSERVATION XX (Inédite)

(M. Dalché.)

M^{lle} D..., vingt ans, entre à l'Hôtel-Dieu au mois de février 1911.

Antécédents héréditaires. — Père mort de congestion pulmonaire, a présenté des hémoptysies. Mère actuellement vivante, souffre de coliques hépatiques, ne présente pas de signes de bacillose.

Antécédents collatéraux. — Un frère bien portant. Un frère et une sœur morts de broncho-pneumonie.

Antécédents personnels. — A trois ans, bronchite, s'enrhume facilement tous les hivers. Depuis trois ans, hémoptysies petites et répétées, surtout fréquentes ces derniers temps où la malade crachait le sang tous les deux ou trois jours.

La malade a été soignée pendant deux ans pour tuberculose (anorexie, règles irrégulières, amaigrissement. Toux, hémoptysies, sueurs nocturnes).

On retrouve sur toute la région dorsale des cicatrices nombreuses de pointes de feu, et on a fait des injections de cacodylate de soude et de sérum artificiel.

Réglée à quatorze ans et demi, d'une façon irrégulière présentant toujours un retard d'une dizaine de jours les règles s'interrompant chaque fois que la malade va à la campagne, ne sont pas douloureuses, mais très abondantes. Durée cinq à six jours pendant lesquels le sang s'écoule, bien rouge, sans caillots.

Développement intellectuel. Peu de renseignements, la malade ayant peu fréquenté l'école, semble être d'une intelligence moyenne.

État actuel. — *Appareil respiratoire.* — A l'inspection, très nombreuses cicatrices de pointes de feu sur tout le dos et la partie supérieure de la poitrine en avant. Les plus récentes présentent une pigmentation brunâtre, quelques-unes prennent une apparence chéloïdienne. Ponctionnellement, il existe une certaine gêne respiratoire après une marche rapide, l'ascension d'un escalier. Fréquemment pleurodynie, névralgies intercostales.

A l'auscultation, on ne constate **aucun** signe net, sauf une légère obscurité respiratoire au sommet **droit**.

Appareil circulatoire. — Pouls plein, assez bon, 86 pulsations à la minute.

Cœur : petit souffle systolique de la pointe.

Sensation constante, objective et subjective de froid aux mains et aux pieds. Pas d'engelures l'hiver.

Lèvres rouges. Face facilement congestionnée. Érythème pudique à tout propos. Bouffées de chaleur fréquentes.

Crises sudorales subites et très abondantes. Pas de coloration spéciale des extrémités.

Appareil digestif. — Anorexie. Langue blanche. Clapotement gastrique à jeun, sans dilatation notable.

Nausées. Vomissements par périodes. Régurgitations acides.

Constipation habituelle. Glaires et peaux dans les selles. Jamais de sang.

Foie et rate normaux à la percussion.

Système nerveux. — Jamais de crises nerveuses. Caractère égal et calme. Céphalée assez fréquente. Occupe le front et le pourtour des oreilles.

Réflexes très vifs. Ébauche de trépidation épileptoïde.

Crises sudorales, souvent nocturnes.

Inégalité pupillaire.

Examen laryngoscopique. — *Nez*. — Atrophie relative des cornets moyen et surtout inférieur sans croûtes, sans ozène. Les lésions prédominent du côté droit (rhinite atrophique).

Pharynx. — La muqueuse de la partie postérieure du pharynx est également atrophiée et présente quelques granulations (pharyngite granuleuse). A la rhinoscopie posté-

rieure, amygdale pharyngée visible, la malade a eu des végétations adénoïdes. Bourrelets tubaires très épais.

Larynx. — Cordes molles, mal tendues, se rapprochant insuffisamment surtout à leur tiers médian pendant le stade de phonation, ce qui donne à la voix le timbre couvert qu'elle a habituellement.

Parfois on voit, à l'examen laryngoscopique, des croûtes adhérentes à la muqueuse de la trachée.

Oreille. — Catarrhe chronique des caisses, duquel relèvent les bourdonnements d'oreille que signale parfois la malade.

Appareils glandulaires. — Thyroïde palpable, semble atrophiée. Pas de tremblement.

État général. — Bien développé. Cheveux assez fournis, longs, châains, souvent bi ou trifurqués à l'extrémité.

Amaigrissement léger.

Température toujours un peu au-dessus de la normale, oscille entre 37°2 et 37°6 sans accès vespéraux.

OBSERVATION XXI (Inédite)

(M. Dalché.)

Malade âgé de vingt-deux ans, exerçant la profession de cordonnier. Il entre à l'hôpital parce qu'il tousse et a des expectorations sanguinolentes.

Antécédents héréditaires. — Père mort à cinquante-cinq ans de tuberculose pulmonaire.

Mère bien portante.

Frères et sœurs présentent de fréquentes bronchites.

Antécédents personnels. — Vers quinze ans, a commencé

à tousser, fréquentes céphalées, bouffées de chaleur. Toutefois, il peut travailler.

Son état se maintient jusqu'en 1906. A ce moment, apparaissent de vagues douleurs musculaires et articulaires surtout le matin au réveil. Sa respiration est courte, les palpitations fréquentes. La constipation s'installe. Enfin, le malade a quelques hémoptysies de moyenne intensité et continuellement des expectorations striées de sang.

L'état s'aggrave encore l'hiver dernier à l'occasion d'une pneumonie gauche qui se prolonge trois mois.

Dès lors, les digestions sont pénibles, avec pesanteur après les repas, régurgitations et vomissements. La constipation alterne avec de courtes crises de diarrhée. Le malade perd l'appétit, maigrit, s'affaiblit. Les bouffées de chaleur, la céphalée, les sueurs nocturnes, la toux, les crachats sanguinolents persistent.

A l'entrée à l'hôpital on constate :

Aspect général. — Face en pleine lune, imberbe, les sourcils et les cils rares, les paupières bouffies, le nez dévié à gauche. Dents mal plantées et mal poussées sont, pour la plupart, cariées.

Membres supérieurs et inférieurs graciles, ossature faible. La glande thyroïde est petite.

Appareil respiratoire. — La respiration aux sommets est un peu rude et granuleuse surtout à droite, mais la lésion est incapable d'expliquer les hémoptysies passées.

Appareil cardiaque. — On constate de la tachycardie.

Examen des crachats. — L'examen des crachats, pratiqué à plusieurs reprises, est resté négatif. On n'a jamais trouvé de bacilles de Koch.

Examen oto-rhino-laryngologique. — *Nex.* — Rhinite atrophique surtout à droite.

Pharynx. — Atrophie de la muqueuse de la face postérieure. Petite amygdale pharyngée. Amygdale linguale variqueuse.

Larynx. — Atrophie légère.

Pas de végétations adénoïdes.

Oreille. — Enfoncement de la membrane du tympan. Écoulement ancien.

Traitement. — Le traitement par la thyroïde est commencé le 16 novembre, on donne une tablette de 0 gr. 10 pendant trois jours. A partir du 23, le malade prend deux tablettes de thyroïde également de 0 gr. 10 chacune.

24 novembre. — On constate une amélioration sensible. Progressivement la céphalée ; les bouffées de chaleur disparaissent. Le malade va régulièrement à la selle. La toux et les expectorations persistent mais ne contiennent plus de sang, jusqu'au vendredi 29. A ce moment, après une légère crise de diarrhée, un peu d'agitation, mais sans accélération du pouls, les derniers phénomènes rétrocedent définitivement.

En résumé, sous l'influence du traitement thyroïdien, la céphalée, les bouffées de chaleur, la constipation, la toux, l'expectoration ont disparu.

CONCLUSIONS

Certaines formes d'appendicite chronique peuvent, en raison des signes fonctionnels et généraux dont elles s'accompagnent, simuler la tuberculose pulmonaire.

Les végétations adénoïdes, l'appendicite chronique, l'entérocolite muco-membraneuse, fréquentes chez les mêmes malades, peuvent être réunies sous le nom de syndrome adénoïdien et peuvent être dues à une insuffisance thyroïdienne.

Le traitement médical, dirigé contre ces signes de tuberculose, reste d'ordinaire sans résultats, il peut parfois aggraver l'état du malade.

Le traitement chirurgical est le traitement de choix, il doit être appliqué aussi précocement que possible, il fait disparaître les symptômes de pseudo-tuberculose, et évite les crises appendiculaires aiguës toujours possibles.

Si à la suite de l'intervention persistent certains signes fonctionnels, la toux en particulier, ils relèvent souvent d'une adénoïdite rhino-pharyngée, d'une lésion du tube laryngo-trachéo-bronchique et le grattage du pharynx peut amener leur disparition.

Le traitement général ne doit pas être négligé, l'origine thyroïdienne possible de ces troubles, appendicite chronique et adénoïde, autorise l'emploi de l'opothérapie thyroïdienne.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de thèse,
PAUL SEGOND

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ANGHEL. — Étude sur la pathogénie et l'appendicite. Thèse de Paris, 1898.
- BEAUSSENAT. — Appendicite expérimentale. Pathogénie de l'appendicite. Thèse de Paris, 1897.
- BLACHER. — Appendicite chronique. Forme atrophique. Thèse de Paris, 1910.
- BONJOUR. — Adénopathies péri-appendiculaires dans l'appendicite. Thèse de Paris, 1901.
- BRUN. — Appendicite chronique. Résection à froid de l'appendice. (Presse médicale, 1897, p. 208-210).
- Appendicite chronique (Presse médicale, 30 mars 1898).
- BRUNON. — Appendicite chronique ou tuberculose (Bul. médical, 1911, p. 971).
- CHAMBARD. — Étiologie et pathogénie de l'appendicite. Thèse de Lyon, 1899.
- CHARRIN et GOUGET. — Pseudo-tuberculose localisée sur l'appendice. Soc. de Biologie, 1897.
- CLAISSE. — Bul. Soc. méd. des hôpitaux, 3 février 1911.
- COMBY. — Formes frustes chroniques d'appendicite. Soc. méd. des hôpitaux, 1903.
- Un cas instructif d'appendicite chronique. Soc. méd. des hôpitaux, 1905.
- Formes de l'appendicite chronique chez l'enfant (Bul. Soc. méd. des hôpitaux, 1908, p. 845).
- Appendicite chronique à forme larvée chez l'enfant. Soc. méd. des hôpitaux, 13 juillet 1906.
- COTAR. — Appendicite larvée. Thèse de Paris, 1901.
- DELACOUR. — Le Syndrome adénoïdien, 1904, p. 173.
- EHRMANN. — Appendicite. Rapports avec entérocolite muco-membraneuse. Thèse de Paris, 1903.

- FAISANS. — Appendicite chronique simulant la tuberculose (Bul. Soc. méd. des hôpitaux, 27 janvier 1911, p. 62).
- GALLIARD. — Fièvre hectique jugulée par l'ablation de l'appendice chez un tuberculeux. Société méd. des hôpitaux, 1904.
- GÉRART-MARCHANT. — Adénites dans l'appendicite. Soc. de Chirurgie, 1900.
- GOURSOLAS. — Formes dyspeptiques de l'appendicite. Thèse de Lyon, 1904.
- GUINARD. — Des Appendicites méconnues (Journ. des Praticiens, 1908, p. 819).
- HERTOGHE. — Végétations adénoïdes et myxœdème. Soc. méd. chirurg. d'Anvers, 1898.
- LETULLE et WEINBERG. — Bull. Soc. de Biologie, juillet 1897 (Presse médicale, août 1897).
- LE SUEUR. — Contribution à l'étude anatomo-pathol. de l'appendicite chez les tuberculeux. Thèse de Paris, 1903.
- LETULLE. — Appendicite et tuberculose de l'appendice (Revue de la tuberculose, 1905).
- LIÉGAULT. — Diagnostic de l'appendicite chronique simulant la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris, 1911.
- MIRANDE. — Syndrome appendiculaire sans lésions appendiculaires dans les affections thoraciques. Thèse de Paris, 1900.
- MONTAIS. — Appendicite chronique et troubles dyspeptiques. Thèse de Paris, 1900.
- PASQUIER (Du). — Troubles gastriques de la tuberculose pulmonaire chronique. Thèse de Paris, 1903.
- PESQUEREL. — Appendicite chronique. Thèse de Paris, 1900.
- PONCET. — Tuberculose inflamm. et corps thyroïde (Clinique, 1910).
- QUÉNU. — Traitement de l'appendicite chronique (Journ. des Praticiens, avril 1898).
- RASTOUIL. — Appendicite chronique. Thèse de Paris, 1901.
- RECLUS. — Pathogénie de l'appendicite (Presse médicale, 1905).
- REYNIER. — Para-appendicites. Soc. de Chirurgie, 1900.
- SAINTE-MARIE-DODEUIL. — Tuberculose et appendicite. Thèse de Paris, 1906.
- SCHOUMSKY. — Contribution à l'étude de l'appendicite dans les maladies infectieuses. Thèse de Paris, 1909.

- SERGEANT. — Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 10 mai 1912, p. 325.
- SILHOL et WALTHER. — Rapport des appendicites chroniques. Congrès de Chirurgie, 1911.
- SERGEANT. — Appendicite chronique et tuberculose, les entérocolites pré-tuberculeuses (Bull. Soc. des hôpit., 1911, p. 85).
- SIREDEY. — Étude clinique sur quelques formes frustes de l'appendicite chronique (B. Soc. méd. hôpit., 1905).
- SOUPAULT. — Appendicite larvée et troubles menstruels. Soc. méd. hôpit., 1903.
- SPILLMANN. — Tuberculisation du tube digestif. Th. d'Agrégation. Paris, 1878.
- STÉPANOFF. — Hypothyroïdie. Rapports des auto-infections, 1908. Th. de Paris.
- TRÉMOLIÈRES. — L'entérocote muco-membraneuse. Thèse de Paris, 1905, p. 105 et 134.
- TRIBOULET. — A propos de certains détails de l'entérite muqueuse ou membraneuse chez l'enfant (Arch. de Méd. d'enfants), 1898, p. 129.
- TUFFIER et JEANNE. — Contribution à l'étude de l'appendicite chronique (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominales, 10 juin 1899).
- WAGON. — Appendicite chronique d'emblée. Thèse de Paris, 1904.
- WALTHER. — Appendicite chronique à évolution latente (Semaine médicale et XII^e Congrès de Chirurgie, 1898). Société de Chirurgie, 1900.
- Bullet. Soc. méd. des hôpitaux, 1911, 31 mars, p. 376. Appendicite à manifestations thoraciques.
- Bulletin Soc. méd. des hôpit., 15 février 1912, p. 163.
- WINGRAVE. — De la Rhinite atrophique. Soc. de Laryngologie et de Rhinologie de Londres, 8 décembre 1893.

